

37-3

Memoria

para

el grado de Doctor en Medicina.

Del Trauma y sus lesiones consecutivas
por

Pablo Gonzalez Muñoz

Año 1902

A los Señores Catedráticos que forman el
tribunal.

Respetables Maestros. A ser en materia oftalmo-
-logica algo mas abundante mi, en todo escasa, espe-
-riencia clinica, se debe el que yo haya elegido el pre-
-sente tema para mi memoria del doctorado.

Excepto algunas de las operaciones quirurgicas, todo
lo que en mi memoria describo, he podido observarlo re-
-petidas veces. Son pues hechos, que aunque en su ma-
-yor parte sean conocidos hace mucho tiempo. han si-
-do comprobados por mi directamente en la clinica.

Suplico pues benevolencia para mi modesto trabajo, pro-
-metiendo acometer empresas de mayor importancia, asi
que mis conocimientos me lo permitan.



5

Definición El tracoma ò granulocion es una neoplasia especifica, de marcha cronica, contagiosa é inoculable.

Etiologia. Podemos clasificar las causas del tracoma en primarias y secundarias. La causa primaria es indudablemente un ser vivo, un microorganismo, como lo demuestra su propagación por contagio y la inoculación experimental.

Ahora bien el microbio que Sattler señaló, el año 1881, en el tejido de la granulocion y que Goldschmidt y otros cultivaron no puede afirmarse sea específico pues el mismo Sattler, algun tiempo despues, declaró en el congreso de Schleitelberg de 1888, que los ensayos de cultivo por el realizados no le habian satisfecho y que las tentativas de inoculación rara vez habian sido seguidas de éxito.

Mignel aisló un diplococo, parecido al de Keisser productor de la blenorragia, coloreable por los colores

2

-lores básicos de anilina, hizo ensayos de inoculación en animales, con buen resultado, se formaron folículos análogos a los del tracoma y en su interior se encontraron cocos, idénticos a los que para la inoculación habían servido.

Koch, durante su estancia en Egipto, estudió también esta cuestión encontrando un diplococo perfectamente análogo al de Neisser. Demos, pues, que esta aun en duda este punto y aun hay oftalmólogos que no se atreven a afirmar que la granulación deba su especificidad y propiedad contagiosa a un microorganismo.

Hasta nuevos descubrimientos, que confirmen o anulen los anteriores, no pueden ser mirados como el elemento específico de la granulación los gérmenes descritos por Sattler, Miguel, Goldschmidt y Koch. Sin embargo debe ser considerado el tracoma como un producto neoplásico maligno e infeccioso, bajo tal pun-

-to de vista se parece al tuberculo pero mientras es-
 -te degenera en grasa y acaba por obrar como cuer-
 -po extraño, las masas celulares de la granulacion
 tienden a organizarse en tejido conjuntivo y dejan
 despues una cicatriz retráctil. De Decker hace notar
 la analogia en este punto con el goma.

En cuanto a las causas secundarias podemos sub-
 -dividir las en Predisponentes y Determinantes.

Causas predisponentes son; mala alimentacion,
 permanencia en locales poco ventilados, miseria
 fisiologica, temperamento linfatico, aglomeracion
 en asilos, cuarteles, hospitales, barcos etc. La dix-
 -tesis escrofulosa que algunos indican como predis-
 -ponente no lo es, a nuestro juicio, mas que tantas
 otras enfermedades que actúan debilitando al
 organismo, y favoreciendo de este modo su inva-
 -sion. Advertiremos con todo, que el tracoma se pa-
 -dece hasta por los más robustos.

La cataracta predispone desde el momento en que es la enfermedad que nos ocupa mucho más frecuente en los adultos. También se ve en los niños si bien yo no he tenido ocasión de apreciarla en los menores de 6 años. El padecimiento, por parte del ojo ó de sus anexos, de cualquier otra dolencia debe considerarse como predisponente. Parece ser el patrimonio de ciertos países calidos y húmedos pues en ellos existe preferentemente de manera endémica pero también se encuentran casos en regiones de condiciones climatológicas bien distintas.

Causas determinantes. El contagio, ya directo ya por el intermedio de objetos usados para la limpieza ó las curas, es siempre la causa. Siendo esta enfermedad muy frecuente en las clases pobres, entre las que la limpijera no es muy frecuente, muy a menudo se encuentran varios granulosos en la misma familia. Hoy se sigue el contagio por medio

del aire. Se afirma que las moscas pueden ser por-
-tadoras del virus traumatoro.

Para que vea la confusión que acerca de la etiolo-
-gia de la conjuntivitis granulosa existe diremos,
que hay quien cree es dependiente de un estado dia-
-tesico, quien la identifica con la blenorragia ocu-
-lar diciendo que el tracoma es muchas veces su con-
-secuencia y que solo se trata de diferencias de inten-
-sidad en el proceso. Respecto de esta ultima opinion
haremos constar que en efecto las exacerbaciones, bas-
-tante frecuentes, de los procesos granulosos presentan
síntomas parecidos a la conjuntivitis blenorragica.
Ademas habiendose encontrado en la secreción mu-
-culenta un microorganismo analogo al de Heisser.
parece ser, que en efecto tal opinion es fundada.
La enfermedad se presenta bajo las formas, epide-
-mica y endemica. En Egipto donde es sumamente
frecuente esta enfermedad, por lo que se la ha llama-
-do

- do oftalmia de Egipto, existe desde hace mucho tiempo en estado endemico pues ya fue estudiada por el baron Larrey, celebre cirujano militar frances, durante la expedicion de Bonaparte a Egipto. La conjuntivitis granulosa se desarrolla con mayor facilidad en los paises donde existe el paludismo endemicamente, y por el contrario es rara en las localidades muy elevadas. ¿Actuara el paludismo como causa predisponente debilitando al organismo, y preparando asi un terreno propicio al parasito? o bien ¿Las causas que favorecen el desarrollo del protozoo de Laveran actuan tambien favorablemente sobre el, hasta ahora desconocido, microbio tracomatoso?

Frecuencia. En todo el que asiste algun tiempo a cualquiera de las consultas de oftalmologia le sorprende el enorme numero de granulomas que a ellas concurren. Baste para comprobar esta

afirmación, el cálculo hecho por el eminente profesor Dr. Mansilla, en su estadística de los enfermos asistidos de 1894 a 1900. Dice así « Sumando todos los grupos de enfermos de conjuntivitis y los de queratitis granulosas, resultan 2,852 casos de tracoma, que en relación a la cifra de 14,554 de enfermos observados, resulta la proporción de 19,5 por 100. Igualmente incluimos para obtener dicha cifra de 2,852 los casos de triquiasis, entropion, simblefaron y blefarofimosis que casi todos ellos pueden considerarse como enfermos granulosos, pues dichas afecciones acompañan o siguen casi siempre a la conjuntivitis granulosa.» y añade « la proporción de 19,5 por 100 de granulosos la consideramos como la más aproximada a la verdad, según hemos comprobado en estadísticas anteriores. Es una cifra bastante elevada que revela una verdadera plaga, contra la que debieran adoptarse medidas higienicas para con-

-seguir

- requirir su extinción»

Anatomía Patológica. La verdadera granulacion, ò tracoma, forma una pequeña masa redondeada, cuyo diametro varia de $\frac{1}{2}$ milimetro a 1 mm, desprovista de su envoltura propia se ve está constituida por un monton de células linfociticas que se agrupan sobre todo en la periferia. En su base hay un estroma celular y vasitos cuyas ramificaciones se extienden en la masa de las células y hasta por debajo del revestimiento epitelial que pasa por encima de la granulacion; la ramificación de estos vasos explica el color sonrosado que presentan al principio las granulaciones, pero a medida que evolucionan la vascularización disminuye, las células se desarrollan, y la masa toma un matiz gris; llega un momento en que la granulacion es invadida por masas de tejido conjuntivo que sustituyen a las células. La granulacion

se borra entonces.

Los islotes formados por las granulaciones están limitados por surcos poco profundos, son irregulares y no están alineados.

En suma podemos decir que; la granulación es una eminencia de la conjuntiva, formada de células embrionarias que en su base o punto de implantación presenta muchos vasos de nueva formación y cuya superficie está cubierta de epitelio parimenoso.

Síntomas Curso y Terminaciones. Sumamente raro es el que veamos enfermos que nos consulten al principio del proceso granuloso, cosa explicable fácilmente por ser insidiosos sus comienzos.

La enfermedad empieza por la aparición de las granulaciones estas se desarrollan en el espesor de la conjuntiva, al nivel del borde adherente del cartilago larso y en el fondo de saco conjuntival del parpado superior, la forma de islotes con que se

se presentan queda ya descrita en la anatomía patológica.

Existe en este primer periodo, que pudiéramos llamar catarral, una secreción abundante, analoga a la de la conjuntivitis purulenta. Despues el parpado se pone pesado y cae constituyendo la semiptosis tracomatosa, muy característica, y que da al enfermo un aspecto somnoliento. Levantado el parpado se ve la mucosa tarsiana enrojecida cubierta de granulaciones que se extienden hasta el fondo de saco que esta hipertrofiado; se constituye entonces el periodo proliferante. Todo esto se acompaña, de molestias que se comparan por el enfermo a las que produciria un cuerpo extraño, analogo a la arena, alojado entre el parpado y el globo ocular, de fotofobia ligera y de una secreción, menos acentuada que al principio pero que hace que el enfermo se encuentre al despertar, con los parpados pegados. La ptosis se hace más

- marcada, cosa que obliga al enfermo a echar hacia
 atrás la cabeza cuando mira delante de si. Cuando
 la enfermedad tiende a la curación los tejidos se re-
 traen, el tarso queda surcado por líneas amarillentas
 horizontales, los fondos de saco se borran, a veces se atro-
 fían por completo dando por resultado la perosis.
 Distinguen a este periodo la regresión de las masas
 neoplásicas y la retracción cicatricial consecutiva.
 Las granulaciones tienen un aspecto carnoso, son
 redondeadas de color rosado, a veces rojo o gris
 amarillento segun su antigüedad; cuando se ponen
 transparentes, cosa que sucede en un periodo ya algo
 avanzado de la enfermedad, se comparan bastante
 exactamente a granos de tapioca cocida. Ebboldie
 clasifica las conjuntivitis granulosas en 1° Benig-
 -nas granulaciones raras, síntomas subjetivos poco
 marcados. 2° Difusas fondos de saco llenos de granu-
 -laciones, mucosa engrosada 3° Graves conjuntiva bul-
 -bar

- bar y cornea invadidas.

- Es raro que la conjuntiva no termine por inflamarse al cabo de algun tiempo y que las papilas no se hipertrofien, rodeando a las granulaciones y constituyendo lo que se llama granulaciones mistas.

Las exacerbaciones a que da lugar esta hipertrofia inflamatoria, produce una especie de conjuntivitis purulenta. La conjuntiva bulbar se vasculariza y finos vasos avanzan bajo el epitelio del limbo corneano e invaden la parte superior de la cornea, pronto se observa un deslustre de esta membrana limitada a dicha parte superior, deslustre que por si solo permite a veces hacer el diagnóstico de las granulaciones sin necesidad de volver el parpado. La conjuntiva bulbar puede ademas engrosarse y ser asiento de granulaciones.

Poco a poco se constituye un pannus que invade a veces toda la conjuntiva ocular y recubre la cornea, los fenomenos de reaccion son entonces muy marcados.

el dolor es vivo, hay fotofobia y todos los signos de una oftalmia grave que repercute hasta las partes profundas del globo ocular. A menudo se producen úlceras de la cornea que pueden terminar por la perforación, produciéndose entonces, consecutivamente, hernias del iris. Cuando la cornea escapa a tan graves lesiones, y no se forman estafilomas, recobra más tarde su transparencia pero queda, a consecuencia de las opacidades subsiguientes a las ulceraciones, cierto grado de astigmatismo irregular.

No es raro el ver seguir a las ulceraciones, procesos supurativos y abscesos cosa que nada tiene de extraño atendiendo a que la descamación del epitelio corneano permite la entrada de los gérmenes de la supuración, que no suelen estar muy lejos, pues la dacriocistitis supurada es enfermedad frecuentísima en las clases de la sociedad en que el tracoma se ceba. Escusamos decir la gravedad de los abs-
-cesos

del hipopion etc que entonces se forman, cosas todas que sino acarrear la perdida total de la vision, y aun del globo ocular por hacerse precisa la enucleacion, al menos dificultan extraordinariamente la clara percepcion de los objetos pues a menudo queda la cornea opacificada en su casi totalidad.

Por fin entran las granulaciones en el periodo regresivo y cicatricial, se vuelven grises y retrac-
-tiles. La retraccion que se produce, a consecuencia de esto, en la cara interna del cartilago, retraccion a la que en ocasiones contribuye un tratamiento demasiado energico, escansa de lesiones consecuen-
-tivas, que reclaman una intervencion operatoria, y que describiremos mas adelante.

Se ve entonces, levantando el párpado, la cara in-
-terna del cartilago tarso llena de surcos parale-
-los al borde libre, distantes de el varios milime-
-tros. La conjuntiva palpebral esta blanquecina a

consecuencia de la cicatrización. El cartilago tarsal se¹⁸
deforma y encorva hacia adentro, los glándulas de
Meibomio desaparecen por atrofia, los folículos pilo-
-ros se desvían o atrofian, resultando de todo ello cam-
-bios considerables en la conformación del párpado, en-
-tropión, triquiasis y a veces simblefaron, la desaguari-
-ción de la conjuntiva atrofiada determina serosis,
la de los folículos pilosos madorosis, las vías lagrima-
-les también sufren se desvían los puntos lagrimales
causando epifora y a veces la mucosa del saco y el
conducto nasal son invadidos por granulaciones.

Abandonada la enfermedad persiste muchos años
si las granulaciones han sido pocas las cicatrices
no producen las deformidades que hemos descrito.
La resolución espontánea del tracoma es rara, so-
-lamente puede ocurrir cuando va unido a un proceso
supurativo. Entonces se ve al pánnus reabsorberse y
aclerarse la cornea siempre que su parenquima no
sea asiento de lesiones graves. Este ha sido el hecho

en que se han fundado los oftalmólogos para emplear el jequirity y la inoculación blenorragica, hoy desacreditados y sustituidos por la peritomia de que hablaremos al ocuparnos del tratamiento.

Es sumamente raro el que el tracoma tratado convenientemente, medicamente en los comienzos de la enfermedad, quirúrgicamente si el proceso se ha hecho crónico, pueda llegar a producir lesiones tan graves como las descritas ni deformidades cicatriciales como las que anteceden. Se trata sin embargo de una enfermedad sumamente rebelde y en la que las recaídas son extremadamente frecuentes.

Diagnostico. Es casi siempre sencillo. Basta volver el párpado para ver las granulaciones con los caracteres que al hablar de la anatomia patologica hemos descrito. Dejamos tambien indicado el aspecto particular que presentan los granulor. Los caracteres por los que se distingue

-tio de la granulosa. Pero en ciertas ocasiones se ven coexistir en un mismo parpado las granulaciones verdaderas, la hipertrofia de las papilas y la de los folículos cerrados. En tal caso el diagnóstico diferencial es imposible atendiendo a los caracteres de las eminencias conjuntivales, pero fácil atendiendo a los restantes síntomas objetivos y subjetivos.

En resumen siempre que se presente un enfermo con erupción del parpado superior, trastorno de la visión y ligeros síntomas irritativos debemos volver el parpado y examinar los fondos de saco, obrando de este modo nos evitaremos en la inmensa mayoría de los casos gastar tiempo y trabajo.

Profilaxis. Dado el carácter que posee esta enfermedad, eminentemente contagiosa, se comprende fácilmente la importancia que la profilaxis tiene. En efecto se ha hecho celebre esta afección por su carácter epidémico, de una tremenda

intensidad en determinadas ocasiones. Las bajas producidas por la oftalmia granulosa en los ejércitos Belga y Frances, al comienzo y mediados del pasado siglo, fueron innumerables y no tardó entonces en transmitirse a la población civil por la funesta medida de licenciar a los soldados afectados.

Con igual ó parecida intensidad e idénticos resultados, reina esta enfermedad entre la población penal, en los hospitales, asilos, hospicios etc. Y con todo, la profilaxis no puede ser más sencilla. Basta que el facultativo, encargado de la asistencia en tales establecimientos, tenga un cuidado constante y apenas se encuentre un traicomboro le destine a la enfermería. El aislamiento de los infectados enfermos es pues la primera condición. Pero como muy bien pudiera suceder, y de hecho sucede, que la enfermedad fuese desconocida en su principio por el enfermo, dada la poca intensidad de los síntomas, habremos de procurar que el contagio no

no se realice en tales casos. Sabemos que el modo más frecuente de propagarse estas y otras dolencias oculares, es por la utilización en común de las mismas toallas, de la misma agua etc. es decir por intermedio de las cosas que se emplean como medios de aseo, de aquí el que a esto dediquemos preferente atención. Así lo hace el, ya citado, Dr Mansilla, encargado del servicio de oftalmología del Hospicio y Colegio de Desamparados de esta corte, el cual alarmado por el crecido número de enfermos de tracoma que en dichos establecimientos existían, elevó al Exmo Sr Presidente de la Diputación Provincial una exposición en la que, y de modo infinitamente mejor del que yo puedo hacerlo, indica las reglas higiénicas pertinentes al caso, insistiendo en la importancia de establecer suficiente número de toallas y lavabos para que cada uno de ellos tenga los suyos, e indica la conveniencia de que la limpieza se haga con agua corriente de modo que

el agua que ha servido para que uno se lave no se utilice por nadie mas. Sistema es este que yo he visto puesto en practica en algunos cuarteles de Francia y de Suiza.

No es necesario el recomendar a los profesores, pues de sobra lo saben, el mayor esmero y limpieza respecto a las manos y medios de cura para que no puedan convertirse en propagadores de tan grave dolencia.

Los resultados que con tales medios se alcanzan pagan con creces los desvelos y contrariedades que los facultativos, celosos de su obligacion, han de sufrir necesariamente por ver infinitos los obstaculos que a las mas sencillas medidas, aun tratandose de cuestiones de la importancia de las higienicas, suelen oponerse en cuarteles, hospitales, asilos, escuelas etc.

La alimentacion, cosa de tanta importancia

para el soldado y mayor aun para los anclados y
 prisioneros que llevan una vida menos higienica, es
 indudablemente un factor que ayudara, procuran-
 -do la mayor robustez del individuo, a desterrar al
 trauma de los sitios en que habitualmente repa-
 -rece.

Tratamiento. Nos ocuparemos primero del trata-
 -miento de las granulaciones pasando despues a
 describir el de las complicaciones y lesiones con-
 -secutivas. Podemos dividir el tratamiento en
 1º medico y 2º quirurgico.

Tratamiento medico. El glicerolado de cobre apli-
 -cado con un algodón sobre el párpado y los fondos
 de saco, todos los dias o cada dos segun la reac-
 -cion producida, da buenos resultados. Cuán-
 -do hay pocas granulaciones se puede emplear
 el lapir de sulfato de cobre de accion mas li-
 -mitable. Tiene la ventaja este glicerolado de

cobre, cuya formula puede ser

De sulfato de cobre

1 gramo

Glicerolado de almidon

10 gramos,

de preferir emplear aun cuando existan erosi-
-nes corneas.

El resultado debe ser, el producir una vasculariza-
-ción de las granulaciones que acelere su organiza-
-ción en tejido conjuntivo. Suele a veces que des-
-pués de mejorar el estado de los párpados las can-
-tizaciones cupricas son ineficaces, reemplázase enton-
-ces el glicerolado por el tanino al 1 por 10 con una
solución de acetato de plomo en igual proporción.
El empleo del acetato debe evitarse si hay descama-
-ción de la cornea. El tanino en los estados crónicos
empleado al 3 por 100 de agua es un astringente
precioso.

El nitrato de plata es un medicamento que propor-
-ciona los mejores resultados, en la proporción

de 3 de nitrato por 1000 de agua, cuando el catarro conjuntival inicia el proceso, y más adelante en soluciones mas concentradas hasta emplearlo al 1 por 100. Tambien puede emplearse en forma de glicerolado

Glicerolado de almidon	5 gramos
Nitrato de plata	15 gramos

debemos indicar que en los casos en que se presenta una queratitis supurada hay que tener mucho cuidado con el uso del nitrato de plata, debiendo combatir la complicación corneana por medio de la atropina, instilada 3 o 4 veces por día.

El nitrato de plata ademas de su acción microbicida, facilita la eliminación de la capa epitelial y por la retracción vascular, que sigue a la dilatación, favorece la reabsorción de los exudados.

El alumbre combinado con el sulfato de cobre y el nitrato de plata ha sido empleado por el profesor

-jesor Mr Panas el que dice obtener excelentes re-
-sultados cauterizando las granulaciones con un
-lapide de cristal de alumbre bien afilado y liso.

El Dr Fromont preconiza la tintura de iodo
Los lavatorios frecuentes con disoluciones de subli-
-mado al $\frac{1}{2}$ por 1000 o de acido bórico con buenos
coadyuvantes del tratamiento medico

Tambien se usa el protargol en disolucion al 10
por 100.

No esta de mas el empleo de tónicos y reconstitu-
-yentes, la estancia en el campo etc sobre todo
si se trata de niños escrofulosos.

Tratamiento quirurgico. Colocaremos a la cabe-
-za el raspado, de antigüedad respetable, y aun
más respetable si se considera que el primero
que lo aconseja es Hipocrates. A pesar de su
antigüedad aun sigue hoy empleandose si bien
de un modo muy distinto del regueto por aquel

celebre medico.

Sattler, medico de Praga, despues de cloroformizar hace el raspado completo de los 2 parpados con la cucharella cortante y si el proceso inflamatorio es violento emplea antes un tratamiento de toques alternos de sublimado y nitrato argenticos, ademas y como tratamiento consecutivo aconseja los toques con sublimado, sulfato de cobre y tanino.

Tambien puede practicarse el raspado o brochado, (brossage o raulage de los franceses) valiendose de una brocha o muñeca hecha con gasa esterilizada y empapada en una disolucion de sublimado terminando la operacion con toques de nitrato de plata. Este tratamiento se combina en ocasiones con las escarificaciones hechas a modo de cuadrículas, es decir unas verticales al borde libre del parpado y otras horizontales al mismo.

Tambien se ha empleado para destruir las granulaciones

-mulaciones la electrolisis de los surcos previamente hechos por las escarificaciones.

Un medico militar italiano, el Dr Mariano, ha practicado la picadura de las granulaciones con una lanceta especial, piramidal y muy aguzada.

El masage preconizado por Pagenstecher y Costomiris ha sido empleado recientemente por Kivmisson.

El termocauterio, que Korn de Breslau fue el primero en usar para la curacion de esta enfermedad el año 1870, se emplea con buen exito.

Drausart defiende las inyecciones subconjuntivales de sublimado al 1 por 1000 combinadas con el raspado y escarificaciones.

La escision de las granulaciones, practica tan antigua como el raspado, y modernamente empleada con diversos resultados es rechazada por De Wecker y Landolt que dicen « todo tratamiento que ataque directamente a las granulaciones es malo »

También se han empleado el aplastamiento y la compresión de las granulaciones.

Sapiezko y Noiszewski, médicos en San Petersburgo, han empleado un tratamiento del trauma consistente en el trasplante de la mucosa bucal.

Describiremos el procedimiento seguido por Sapiezko en 8 casos. Comienza por escindir la comisura externa del ojo, después a través del borde libre de los párpados para cuatro hilos, dos para cada párpado, cuyos hilos se entregan a dos ayudantes que pueden, tirando de ellos, volver los párpados transformando así la superficie desigual de los párpados invertidos en un espacio casi plano.

Se procede entonces a la disección de la conjuntiva dejando alrededor de la córnea una zona de conjuntiva de 2 milímetros de anchura destinada a fijar el colgajo de la mucosa bucal. Se comienza la reparación por la conjuntiva bulbar.

cora fácil por existir en este sitio tejido submucoso. Cuando se llega a cerca del borde superior del tarso se escinde la conjuntiva al mismo tiempo que una capa del tarso para lo que se introduce una espátula de Egger bajo el párpado invertido, con lo que puede operarse sin temor en la superficie profunda del tarso.

Cuando los dos fondos de saco conjuntivales han sido destruidos, se disecciona primero un colgajo de la mucosa bucal, suficiente para cubrir el párpado superior, el colgajo se fija por un lado, con cinco puntos de sutura, al borde de la zona conjuntival que se dejó alrededor de la cornea y por el otro lado, con diez puntos de sutura por lo menos, al borde del párpado. Se disecciona enseguida sobre la mucosa bucal un trozo más pequeño para el párpado inferior.

Para formar los repliegues del fondo de

saco conjuntival se hacen dos suturas en asa al nivel de cada repliegue.

Las dimensiones del colgajo deben corresponder a las de los párpados invertidos y tensos despues de diseada la conjuntiva. El lado de los angulos del ojo en donde los dos colgajos se tocan se ponen tres puntos de sutura en cada uno.

La operacion como se ve, es complicada y peligrosa, pues si el colgajo bual se mortifica queda el ojo sin conjuntiva y las consecuencias son desastrosas. La intubacion de la cornea se compromete y el ojo y los párpados quedan entorpecidos en sus movimientos. Et pesar de esto hemos descrito la operacion para demostrar la rebeldia de la enfermedad que ha hecho buscar a los cirujanos tratamientos lo mas radicales posible.

Vamos ahora a hablar de otro tratamiento que ha tenido y tiene entusiastas defensores

y enemigos convencidos; me refiero a la extirpación de los fondos de saco.

Galezowski que se encuentra entre los partidarios de esta operación, que viene practicando desde hace mucho tiempo, afirma que para que la escisión de los fondos de saco conjuntivales dé buen resultado es preciso, que la escisión no comprenda mas que la conjuntiva, que se prolongue lo mas lejos posible hacia los dos angulos, que no interese al tarso. El modo de practicarla operación es como sigue; despues de anestesiar el ojo por la cocaína (puede emplearse la solución al 4 por 100 de la que 3 ó 4 gotas producen una anestesia completa en 5 minutos, segun he podido observar) o bien si no se tiene confianza en que ha de estar quieto el enfermo, cloroformizando previamente, se vuelve el párpado superior y cogido con una pinza especial, llamada pinza para granulaciones,

se coje el fondo de saco conjuntival y se tira de él hacia afuera tratando, en lo que sea posible, de luxarlo sobre el cartilago tarso. De sostener esta pinza se emarga un ayudante, y entonces el operador comienza la disección de la conjuntiva, primero en su límite bulbar y despues cerca de su borde tarsiano. La incisión posterior no debe repasar el espesor de la conjuntiva. La disección de la conjuntiva cerca del borde tarsiano, por delante de la pinza, debe hacerse con mucho cuidado, para no interesar el tarso ni lesionar la conjuntiva bulbar, accidentes que podrian traer complicaciones.

Procede, Galezowski, de igual modo en los dos cuartos y una vez cohibida la hemorragia y limpió el ojo coloca sobre el compresas frias. Pasados tres dias se sigue el tratamiento habitual de las canterizaciones, y a los dos ó tres meses dice obtener curaciones radicales ó por lo menos mejoras muy marcadas.

Se alega en favor de esta operación, el que nunca
 va seguida de entropión si se tiene cuidado en
 no lesionar los tarsos. Que aunque parece que des-
 pues de la escisión, el borde del tarso puede adhe-
 rirse a la conjuntiva bulbar, cuando se hace a
 tiempo queda en el fondo de saco bastante conjun-
 tiva para que los movimientos del ojo no queden
 entorpecidos. Además, la cicatriz que se produce es
 lineal insignificante y no da nunca lugar a bri-
 das cicatriciales. Si hay hemorragia ni otra com-
 plicación que un ligero edema del parpado que
 a lo mas dura dos ò tres dias. Etienne, Bra-
 chet, que cita un caso en que la curación de-
 finitiva pudo comprobarse pues tuvo ocasión
 de ver al enfermo 3 años despues, Parisotti que
 cita 15 casos seguidos de curación, Sneller y
 Kuhn, de Koenigsberg, que la han practica-
 do en Alemania empleando la Kuhn para

los casos en que siendo ineficaz el tratamiento medi-
-co se hace necesaria una intervención quirúrgica.

En pesar de la defensa que tan notables oftalmolo-
-gos hacen de este procedimiento curativo, es innegable
que con el se altera profundamente la constitución
de uno de los más importantes anejos del globo ocular
y que mas tarde ò mas temprano se producen graves
trastornos, de los que quizá sea el menor, el gran
entorpecimiento que el ojo encuentra en sus movi-
mientos, cosa que existe positivamente aunque lo
niegue Galezowski.

Tratamiento de las complicaciones del tracoma
y de las lesiones a el consecutivas.

La queratitis aguda que, muchas veces, aparece
al principio de la enfermedad, cuya causa se atri-
-buía antes al roce mecánico y hoy a la infección,
transmitida de el parpado, se trata con la
atropina y la oclusión del ojo. En ocasiones

basta curar la granulación, para que la queratitis desaparezca, pues así, quitada la causa desaparece el efecto.

El pannus que puede ser, según su intensidad, ò tenue ò craso, y cuya etiología y anatomía patológica dejamos explicadas, se ha tratado por el jequirity y la inoculación blenorragica fundandose en casos de curación espontanea cuando al proceso tracomatoso se ha sumado una conjuntivitis purulenta. Gloy se rechaza el procedimiento por peligroso y se ha sustituido por la peritomia, es decir escisión de la conjuntiva bulbar alrededor de la cornea, con las tijeras ò el galvanocauterio, proponiendose con esto la reabsorción de los vasos neoformados que recubren la cornea.

Cuando se forman ulceraciones corneanas no es raro el ver formarse abscesos é hipopion producidos por la infección de la cornea, pues perdida

la barrera epitelial los microorganismos de la supura-
-ción, que ya afuera, ya en el ojo ò en sus anexos, vías
lagrimales sobre todo, existen pueden invadir como-
-damente la superficie corneana.

El tratamiento a que recurriremos en casos semejan-
-tes sera el empleado actualmente con muy buen éxito
en la clinica oftalmologica del hospital provincial
de Madrid. Consiste en inyecciones subconjuntiva-
-les de azul de metilo, al 1 por 200 ò al 1 por 1000,
pues se trata de un medicamento bastante activo
Cuando se forme hipopion y sea dudosa la re-
-absorcion de la colección purulenta se practicara
la paracentesis con una pica triangular. Estas
dos operaciones se emplean en los casos de gran-
-des colecciones purulentas y se efectúan previa
anestesia cocaínica. Tampoco estara de mas
si adquirimos el convencimiento de que la in-
-feccion

- fección proviene de las vías lagrimales el aten-
- der a la curación de la dacriocistitis para evitar
posibles recidivas. Cuando los abscesos son peque-
- ños y tienen comunicación con el exterior bastaran
las instilaciones de la misma disolución de azul
de metileno cuya acción es altamente microbicida.
Cuando la ulceración de la cornea se presenta, de-
- bemos, sobre todo si es central y la perfora, recurrir
al colirio de eserina para evitar las hernias del
iris y si se nos presenta el iris ya enclavado recu-
rriremos a la canterización con el termocauterio,
para impedir la formación de estafilomas.
La perosis, que es un estado particular de re-
- gredad con atrofia conjuntival y lesiones cor-
- neanas concomitantes, de grandísima gravedad
pues ordinariamente acarrea la pérdida de la
visión, se presenta a veces consecutivamente.

a las granulaciones. Las causas no están bien establecidas pero debe entrar por mucho la atrofia de la glándula lagrimal. La conjuntiva apenas se repara, los fondos de saco se borran la cornea pannosa al principio, se entifica y pone opaca hasta el punto de reducir la visión a la sola percepción de luz y oscuridad. No es raro, como dejamos dicho, el verla seguir al trauma como consecuencia de las lesiones que la cicatrización produce.

El pronóstico es grave por no conocerse un tratamiento eficaz. Las instilaciones de una sustancia grasa o de una solución alcalina y la glicerina, vaselina etc colocadas en los fondos de saco favorecen el deslizamiento de los párpados pero solo se usan a título de paliativos. Ollier aconseja la sutura de los párpados por largo tiempo. Los resultados obtenidos por la

blefarografía son buenos por el momento pero las re-
-divas son casi fatales.

Entre las lesiones consecutivas a la conjuntivitis
granulosa, es muy frecuente el entropión, que so-
-breviene en el periodo cicatricial por un mecanismo
ya descrito. El contacto del borde libre del párpado
y de las pestañas que en él se implantan, sobre el
globo ocular determinan dolor, sensación de cuerpo
estrano y lagrimeo, pronto se producen conjuntivitis
y queratitis crónicas menos intensas cuando faltan
las pestañas.

Para la corrección del entropión y de sus gra-
-ves consecuencias se emplea, con gran éxito, la ope-
-ración propuesta por Mr Panas y que se efectúa
del modo siguiente. Cloroformizado el enfermo
aplicamos la espatula de cuerno o de otra mate-
-ria dura, por debajo del párpado, en el fondo
de saco correspondiente y empujamos a un

ayudante que la mantenga en esta posición fuertemente contra la cara posterior del párpado para prevenir la hemorragia. Un gancho, o erina, se hunde cerca del borde libre del tarso y sirve para extender el párpado. Se practica entonces a 3 milímetros por debajo de la línea de pestañas, una incisión horizontal que se extiende de la comisura externa al punto lagrimal correspondiente.

La sección interesa la piel y el músculo orbicular y pone al descubierto la cara anterior del tarso muy arrugada y a menudo engrosada por el proceso cicatricial.

Cojiendo con la mano izquierda una pinza de dientes de ratón se coje el colgajo celular que se dirige con el bisturí bajo el orbicular hasta que se perciben claramente los bulbos de las pestañas reconocibles por su color. Hay que evitar el ir mas lejos para no seccionar el borde libre. Se disecciona

lo mismo el labio superior de la incisión hasta po-
-per al descubierto el borde adherente del parpado
y el ligamento suspensorio o aponeurosis orbitotar-
-siana. Un gancho sirve para tirar hacia arriba
la piel con el orbicular y facilita la colocación de
los puntos de sutura. Si el tarso está un poco encorva-
-do y suficientemente flexible se le respeta.

Ordinariamente está arrugado, y antes de aplicar
las suturas se le corta horizontalmente con el bistu-
-ri en todo su espesor, comprendiendo la conjunti-
-va de un extremo a otro; una sección incompleta no
es admisible sino cuando el arrollamiento es par-
-cial.

La disposición de las suturas es la siguiente; se
comienza por atravesar con la primera aguja el
ligamento suspensorio del tarso en su parte me-
-dia la aguja se desliza bajo el pequeño colgajo
músculo cutáneo inferior y sale por el borde

libre, inmediatamente detras de las pestañas.

Otros cuatro puntos de sutura se colocan de igual modo dos en la derecha y dos en la izquierda, tirando de los extremos de cada hilo se hace su-
-bir el pequeño colgajo cutaneo con el borde ciliar que se ectropioniza ligeramente, no quedando en-
-tonces más que aundar. El labio superior de la incision cutanea dejada libre se coapta por si misma a la inferior suturada al tarso. En lugar de cortar los hilos al ras del nudo se fijan en la frente con colodion ò tafetan. Despues se pone un vendaje con gasa y algodón secos, todo sujeto con algunas vueltas de vendaje. A los tres ò cuatro dias se quitan los puntos de sutura pro-
-tejiendo desde entonces al ojo con una pantalla de tela negra. Al fin del primer septenario se completa la cicatrizacion. Las pestañas y el borde libre recobran su primitiva posición y no suete

quedar cicatriz visible.

La triquiasis, producida por idénticas causas que el entropion y que hace que las lesiones sean más graves exige como tratamiento paliativo, y que debemos practicar inmediatamente se presente el enfermo, el arrancamiento de las pestañas. Como tratamiento curativo lo mejor es devolver a los folículos pilosos ciliares su posición normal, lo que se consigue casi siempre con la operación que corrige el entropion.

Ectropion. Aunque se presenta rara vez en esta enfermedad, yo he tenido ocasión de observarle algunas veces. Se presenta ya al principio de la enfermedad, cuando los síntomas irritativos son más violentos, ya en el último período, cuando las granulaciones han desaparecido ó están en vías de regresión.

El mecanismo de esta complicación es innumerable sencillo; En el primer caso la inflamación determina una hinchazón considerable de la mucosa, la

cual, oprimida en todos rentidos por el orbicular con-
 fracturado, no tarda en formar hernia invirtiéndose.
 En el segundo caso la causa del ectropión es, ó bien
 la cicatriz, resultante de la destrucción patológica de
 la mucosa, sola ó, sobre todo en los viejos, acompaña-
 da de la atonía del orbicular. He podido observar
 casos de las dos clases. Cuando se acompaña de ec-
 tropión en el otro párpado, el pronóstico es grave
 pues el ojo, falto de protección, no tarda en sufrir
 graves trastornos. Debemos advertir que el ectro-
 pion doble es casi siempre resultado de cicatrices
 que nada tienen que ver con la enfermedad que
 nos ocupa.

El tratamiento del ectropión inflamatorio es el
 mismo que el de la enfermedad en sí, no nos ocupa-
 remos de él. En el caso de cicatrizal el proce-
 dimiento de Warthon Jones es excelente y sen-
 cillo. Consiste en practicar dos incisiones for-
 -mando

- formando una V de vertice inferior, u despren-
- de, el colgajo, de las partes profundas por disec-
- ción; entonces ya se puede levantar el párpado
inferior con lo que el vertice de la V queda dislo-
- cado. Una vez que los labios de la herida ocu-
- pen su nueva posición, se reúnen por medio
de un punto de sutura quedando la V converti-
- da en Y. Para vez el ectropión cicatricial
consecutivo al tracoma, y que asienta siem-
- pre en el párpado inferior, exige una inter-
- vención operatoria pues es muy ligero.

Simblefaron. Consecutivo a cicatrices de úlce-
- ras y procesos inflamatorios, constituye en al-
- gunos casos un obstáculo a los movimientos del
ojo. El tratamiento consiste en secionar la bri-
- da que debe researse, y suturarse el extremo
conjuntival para asegurar su cicatrización.
Cuando la adherencia comprende el fondo

de raro conjuntival las operaciones mejor combina-
- das meten fracasar.

Blefarofimosis. Muy frecuente es encontrarla
en los tracomatosis antiguos, acompañada a veces
de blefaritis y madarosis. Su genesis es la misma
que la de las anteriores lesiones, el proceso cicatricial
que constituye la terminación de la enfermedad.

El tratamiento consiste en la operación llama-
- da cantoplastia, que en ocasiones podemos con-
- siderar como previa a otras operaciones curati-
- vas de las granulaciones, tales como los raspados,
escarificaciones etc. que serian imposibles o dificili-
- simos de practicar, de subsistir la blefarofimosis.

Consiste, la referida cantoplastia, en la sección
de la comisura, debiera comprender la piel el
musculo orbicular y la mucosa, en una extensión
de 10 a 13 milímetros en la prolongación de la
hendidura palpebral. Se ejecuta de un solo gol-
- pe

- se, con la punta de un bisturi estrecho introdu-
- cido por el fondo de saco conjuntival y saliendo
por la piel, ò con unas tijeras rectas; se separan
después los dos párpados y se coloca un punto
de sutura medio para unir la conjuntiva a la
piel. Otros dos puntos de sutura, uno para co-
- da párpado bastan generalmente para obte-
- ner la cicatrización regular y la corrección de
la deformidad.



De todo lo anteriormente expuesto pueden deducirse estas

Conclusiones

- I El tracoma es una enfermedad parasitaria y trasmisible.
- II El tracoma es una enfermedad sumamente frecuente.
- III No tratado o indebidamente tratado, el tracoma, produce trastornos importantes en el globo ocular y en sus anexos, pudiendo llegar la gravedad de tales trastornos, hasta a hacer precisa la enucleación.
- IV Dada la naturaleza contagiosa de la enfermedad, la profilaxis es de sumo interés.

- V El tratamiento medico es suficiente cuando se aúade a tiempo
- VI. De los tratamientos quirúrgicos, propuestos solo deben aceptarse, el raspado, la escarificación y la canterización, ya solas ya combinadas; por ser las unicas racionales.
- VII El tratamiento de las complicaciones y el de las deformidades consecutivas, es el mismo que empleariamos, cuando tales lesiones se presentaran como primitivas.

Madrid a 12 de Diciembre de 1902

Pablo Gonzalez Muñoz 3



Admirable.

A. Flores Sandoz.

Admirable

J. Rodríguez
y Fernández

ejercicio del 6 Mayo 2007.
Proclamo el grado de doctor y otorgo la calificación
con la aprobada

Analía Jiménez

José María Rodríguez
y Fernández

A. Flores Sandoz

Enrichi Leco

Analía Jiménez

